Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 7 sierpnia 1886. № 32. Rok XXV.

I. Z zakładu anatomii patologicznéj prof. Browicza w Krakowie.

O nerwikach wykrytych w osłonce pni nerwowych (nervi nervorum periphericorum).

Przez Dra Jana Prusa,
asystenta kliniki lekarskiéj Uniw. Jagiell.

(Według wykładu mianego w Tow. lek. krak. dnia 7 lipca 1886).
(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

Zapytać się teraz musimy, zkąd pochodzą nerwiki nerwów obwodowych.

Jakkolwiek badania w tym kierunku przedsięwzięte były połączone ze znacznemi trudnościami, mogłem jednak dojść do przekonania, że pewna część nerwików nerwów bierze początek z włókien, przebiegających w tymże samym pniu nerwowym, w osłonce którego się rozgałęziają, inna zaś część wychodzi z sąsiednich pni nerwowych. Drugie pytanie tu się nasuwające brzmi: gdzie i jak się kończą ostateczne rozgałęzienia nerwików nerwów? To pytanie nie mniéj trudno rozwiązać. Obecnie tyle tylko nadmienić mogę, że czasem napotkałem na końcu najdelikatniejszych włókienek maleńkie zgrubienie, a powtóre, że niektóre włókna wnikają aż do „*endoneurium*“.

Czy nerwiki nerwów dochodzą do osłonki Schwanna, nie chcę rozstrzygać.

Skreśliwszy pod względem anatomicznym rzecz o nerwikach nerwów, zastanowić się teraz musimy nad pytaniem, jakie znaczenie fizyjologiczne przypisać należy nerwikom nerwów obwodowych.

Gdy mówimy o nerwikach nerwów nasuwają się nam na myśl mimowolnie naczynia naczyń *(vasa vasorum)*. W obec tego wynurza się przypuszczenie, że podobnie jak naczynia, mimo tego, że w ich świetle krąży krew, posiadają przecież własne naczyńka, służące do odżywienia ich ścian, tak też i pnie nerwowe, mimo tego, że przewodzą czucie, obdarzone są własnemi nerwikami czuciowemi. Do przypuszczenia, że nerwiki nerwów są nerwami czuciowemi skłania nas nie tylko powyższa analogija, lecz także niektóre spostrzeżenia fizyjologiczne. Prof. Cybulski i Wartanów pisząc: „o związku między nerwem błędnym a nerwem dodatkowym Willisa“ kończą swą pracę, wykonaną w pracowni Tarchanowa temi słowy: „Uważamy jeszcze za obowiązek zwrócić uwagę na ten fakt, że przy zadrażnieniu dośrodkowego odcinka osłonki, otaczającéj nerw błędny i współczulny i oddzielonéj od tychże nerwów znaczną przestrzenią, otrzymywaliśmy w niektórych przypadkach obniżenie parcia krwi. Fakt ten zasługuje na szczególniejszą uwagę, jeżeli przypomnimy, że w osłonce téj według Klaud. Bernarda rozchodzą się włókna nerwu dodatkowego Willisa“. Spostrzeżenie to dowodzi, że osłonka nerwu błędnego i współczulnego mieści w sobie najprawdopodobniéj włókna czuciowe, a w każdym razie włókna, dążące dośrodkowo, a powtóre że niektóre objawy występujące wśród drażnienia nerwu, niepozbawionego swéj osłonki, odnieść należy do drażnienia nerwów rozgałęziających się w osłonce nerwu błędnego. — Następnym faktem znanym w fizyjologii, a który teraz obecnością nerwików nerwów może być należycie wytłumaczonym jest tak zwane czucie zwrotne (*sensibilité recourrante suppléé*). Bardzo wielkiéj wagi jest wreszcie okoliczność, że nerwiki nerwów barwią się błękitem metylenowym. Zważywszy bowiem, jak to już powyżéj wzmiankowaliśmy, że błękit metylenowy barwi przedewszystkiém zakończenia nerwów czuciowych, przypuścić musimy, że i nerwiki nerwów obwodowych są nerwami czuciowemi. Jakkolwiek przyznajemy, że przypuszczenie to jest najprawdopodobniejszém, nie możemy jednak zataić, iż nie jesteśmy w stanie wykluczyć stanowczo pytania, czy opisane nerwiki nerwów nie są nerwami troficznemi pni nerwowych. Pytania tego nie podobna nam rozwiązać z wszelką stanowczością, tyle jednak twierdzić możemy na podstawie wspomnianych spostrzeżeń fizyjologicznych i bijologicznych, że jeżeli nie wszystkie, to przynajmniéj

znaczna część nerwików nerwów należy do kategoryi nerwów czuciowych.

Wątpliwość tę możnaby usunąć drogą następujących doświadczeń. Zważywszy, że nerwy troficzne biegną przez korzenie przodkowe rdzenia pacierzowego i dążą w kierunku odśrodkowym należałoby śledzić, czy po przecięciu korzeni przodkowych nastąpi zwyrodnienie nerwików nerwów. Gdyby bowiem nerwiki nerwów były nerwami troficznemi, to musiałyby w tym razie po upływie pewnego czasu uledz zwyrodnieniu wraz z nerwami ruchowemi podczas gdy wszystkie nerwy czuciowe nie okazywałyby najmniejszego śladu zwyrodnienia. Każdy jednak przyzna, że badania tego rodzaju przedstawiają bardzo wiele trudności, nietylko bowiem przecięcie większéj liczby korzonków przodkowych rdzenia pacierzowego należy do najtrudniejszych badań doświadczalnych, ale także śledzenie zmian degeneracyjnych w nerwikach omawianych jest pracą zbyt mozolną, a przedewszystkiém w wynikach swych wątpliwą, zwłaszcza jeżeli się uwzględni, że barwienie nerwików nerwów błękitem metylenowym lub chlorkiem złota dość często zawodzi. Na tém miejscu nie mogę wreszcie pominąć uwagi mimowolnie się nasuwającéj a mogącéj poprzeć twierdzenie, że nerwiki nerwów obwodowych są nerwami czuciowemi. Jak wiadomo uważamy komórki zwojowe, rozmieszczone w przednich rogach istoty szaréj rdzenia pacierzowego, za ośrodki odżywcze dla nerwów ruchowych i mięśni. W chorobach bowiem, w których komórki te zanikają, jak np. w *poliomyelitis anterior* itp. ulegają zwyrodnieniu nerwy ruchowe i mięśnie. Gdybyśmy więc przypuścili, że nerwiki nerwów są nerwami troficznemi dla pni nerwowych musielibyśmy wywnioskować, że nerwy ruchowe posiadają dwa ośrodki odżywcze, a mianowicie jeden ośrodek w wspomnianych komórkach zwojowych, z których biorą początek nerwy ruchowe, a drugi ośrodek w nieznanych jeszcze komórkach, z których wychodzą nerwiki nerwów; taki zaś pleonazm jest bardzo nieprawdopodobnym.

Zapytajmy się teraz, jaką rolę odgrywać mogą nerwiki nerwów obwodowych w stosunkach patologicznych.

Jak wiadomo w przebiegu niemal każdego nerwobólu stwierdzić można obecność tak zwanych punktów bolesnych (*points douloureux*) Valleixa. Punkta te są zazwyczaj ściśle ograniczone i bywają czasem siedzibą lub punktem wyjścia nerwobólu. Ucisk tych punktów wywołuje zawsze bardzo silny ból, który może albo wywołać napad neuralgiczny albo też spotęgować istniejący już nerwoból. Punkta te znajdują się zazwyczaj w pewnych wysokościach pnia nerwowego, czasem zaś bywa cały nerw przy ucisku bolesnym. Najczęściéj znajdują się punkta bolesne w tych miejscach, w których nerw przebiega przez kanał lub otwór kostny, lub też w których nerw przebija powięź ścięgnistą albo dzieli się na drobniejsze gałęzie. Najważniejszą dla nas okolicznością jest, że skóra ponad pniem nerwowym dotkniętym neuralgiją przy ucisku nie jest wcale bolesną.

Dotychczas starano się w różny sposób wytłumaczyć obecność wspomnianych punktów bolesnych w przebiegu nerwobólów. Pierwotnie sądzono, że punkta bolesne są wyrazem irradiacyi bólu. Jakkolwiek Eulenburg przyznaje, że w razie obecności jakiegoś ogniska drażniącego, usadowionego w pewnéj wysokości nerwu może być obwodowa część nerwu bolesną przy ucisku, to jednak sądzi, że tłumaczenie tego zjawiska przypuszczeniem irradiacyi bólu nie jest wcale uzasadnioném ze stanowiska fizyjologii. Objaw ten według niego może być tylko wytłumaczonym przeczulicą (*Leitungshyperaesthesie*), powstałą skutkiem drażnienia nerwu przez wspomniane właśnie ognisko. Temu też zapatrywaniu hołduje wielu autorów i przypuszcza, że każdy punkt bolesny świadczy o obecności ogniska zapalnego lub w ogóle drażniącego w miejscu, które jest bolesném przy ucisku. Ognisko to niekoniecznie musi się znajdować w samym pniu nerwowym, lecz istnieć może w sąsiedztwie nerwu jak np. w mięśniach, w okostnéj, w tkance podskórnéj, torebkach stawowych itp. Zapatrywanie to starał się najwięcéj ugruntować Lender (*Die Points douloureux Valleix's und ihre Uhrsachen*). Według niego więc pierwotnym punktem wyjścia każdego nerwobólu mają być ogniska miejscowe zapalne. Doświadczenie jednak uczy, że nie każdy nerwoból ma za podstawę jakieś ognisko zapalne, a powtóre, że nie każdy punkt bolesny dowodzi już obecności ogniska zapalnego. Z tego też względu Erb uważa za główną przyczynę pojawienia się punktów bolesnych następujące dwa czynniki: 1) ogólną przeczulicę całego pnia nerwowego i 2) anatomiczne stosunki, z powodu których nerw jest łatwo narażonym na działanie ucisku. Eulenburg natomiast podziela w części zapatrywanie Lendera, sądzi jednak, że już jedno ognisko zapalne, umiejscowione w pewnéj wysokości pnia nerwowego, jest w stanie dać powód do pojawienia się kilku punktów bolesnych, Anstie zaś przypuszcza, że punkta bolesne są w przeważnéj liczbie przypadków objawem porażenia nerwów naczynioruchowych, nie podaje jednak bliższych w tym względzie wyjaśnień.

Jak z tego krótkiego zestawienia widzimy, panuje wielka różnica zdań w tym przedmiocie. Ale bo też i przyroda nerwobólu nie jest nam jeszcze dokładnie znaną. I tak Erb sądzi, że nerwoból polega na pewnéj, właściwéj formie zaburzenia w odżywieniu nerwów czuciowych. Zboczenie to odżywcze umiejscowić się może jużto w pewnych gałązkach nerwowych, jużteż w tylnych korzeniach rdzenia pacierzowego lub wreszcie tak w ośrodkach nerwowych, jakoteż w nerwach obwodowych. Anstie uważa za przyczynę nerwobólu zanik tylnych korzeni i należących do nich włókien nerwowych, jak niemniéj komórek zwojowych, rozmieszczonych w rdzeniu pacierzowym. Benedikt mniema, że wszystkie nerwobóle rozwijają się na tle lekkiego zapalenia nerwów (*neuritis*) i że zmiany w krążeniu krwi (niedokrewność, przekrwienie) odgrywają ważną rolę. Według Uspieńskiego polega każdy nerwoból na podrażnieniu komórek czuciowych, rozsiedlonych w tylnych rogach istoty szaréj rdzenia pacierzowego. Podrażnienie to zostaje wywołaném przez ciągle tworzące się produkta czynności nerwów, którychto produktów wessanie jest utrudnioném z powodu osłabionego napięcia naczyń. Wspomniane drażnienie komórek czuciowych sprowadza oprócz bólu tężcowy skurcz naczyń, poczém następuje porażenne rozszerzenie naczyń. Te częste zmiany w krążeniu mogą doprowadzić z jednéj strony do zaniku komórek czuciowych a z drugiéj strony do utraty napięcia naczyniowego, co znów dostatecznie wytłumaczyć może, dla czego w zastarzałych nerwobólach wzrasta ilość i czas trwania napadów. Eulenburg natomiast nie waha się otwarcie wyznać, że właściwéj przyrody nerwobólu nie znamy i że tylko tyle z pewnością orzec można, że bezpośrednią przyczyną neuralgicznego bólu jest jakaś zmiana molekularna w nerwach czuciowych.

Nie zapuszczając się wcale w krytykę powyższych zapatrywań poprzestanę tylko na skreśleniu roli, jaką nerwiki nerwów obwodowych mogą odgrywać w nerwobólach.

Powszechnie wiadomo, że w chwili, gdy ugniatamy nerw łokciowy tuż powyżéj kłykcia wewnętrznego kości ramieniowéj, doznajemy nietylko uczucia mrowienia w palcach, w których nerw ten się rozgałęzia, lecz czujemy nadto ból w miejscu ucisku. Podobnie rzecz się ma w czasie drażnienia nerwu prądem elektrycznym itp. Wreszcie uczucie lokalizacyi bólu w pewnych miejscach pnia nerwowego występuje najwybitniéj w przebiegu nerwobólów a mianowicie w wspomnianych punktach Valleixa. W celu należytego ocenienia przytoczonych spostrzeżeń muszę przedewszystkiém przywieść na pamięć ogólną zasadę znaną w fizyjologii, że wrażenia nasze odnosimy zawsze do obwodu, to jest do miejsca, w którém się znajdują końcowe przyrządy nerwowe, podczas gdy bodziec drazniący może mieć swą siedzibę jużto w obwodowych zakończeniach nerwu, jużtéż w któréjkolwiekbądź wysokości pnia nerwowego, lub wreszcie w ośrodkach nerwowych. Z tegoto powodu umiejscowiają nieraz chorzy ból w palcu odnogi amputowanéj lub téż doznają bólu w skórze twarzy, aczkolwiek odpowiedni nerw czuciowy został przeciętym. Podobnież chorzy na uwiąd rdzenia pacierzowego uczuwają często gwałtowny ból w odnogach dolnych, chociaż przyczyna drażniącą tkwi w tylnych sznurach rdzenia pacierzowego. Tego rodzaju przykładów możnaby wiele przytoczyć. Uwzględniwszy powyższą zasadę, musimy orzec, że skoro w pniu nerwowym czujemy ból w pewnych warunkach, to pośredniczyć w tém mogą tylko zakończenia nerwów rozgałęziających się w pniu, a względnie w osłonce pnia nerwowego, a nie te nerwy czuciowe, które wchodzą wprawdzie w skład pnia nerwowego, lecz kończą się w skórze itp., czyli innemi słowy powiedzieć możemy, że nerwiki nerwów odgrywają tu swą rolę. W obec tego wytłumaczenie punktów Valleixa nie przedstawia nam żadnéj trudności, zawdzięczają one bowiem swe powstanie bezsprzecznie wygórowanéj pobudliwości nerwików nerwów obwodowych. Na pytanie zaś, dla czego pewne tylko punkta są zazwyczaj bolesne, mimo tego że prawdopodobnie wszystkie nerwiki nerwów pewnego pnia posiadają wygórowaną pobudliwość w przebiegu nerwobólu, dają nam stosunki anatomiczne dostateczną odpowiedź, te bowiem punkta, które łatwiéj ucisk może dosięgnąć, będą oczywiście przedstawiały się jako boleśniejsze niż inne. Z drugiéj strony nie możemy pominąć uwagi, że w przypadkach bardzo wygórowanéj pobudliwości nerwików nerwów, może być cały pień przy ucisku bolesnym, co téż rzeczywiście czasem się zdarza, a wtedy nie mówimy już o punktach bolesnych, lecz o linijach bolesnych.

Trudniejszą bez wątpienia jest rzeczą rozstrzygnąć co jest powodem téj wygórowanéj pobudliwości nerwików nerwów. Mojém zdaniem, pytanie to redukuje się najzupełniéj do pytania: co jest przyczyną nerwobólu, czyli innemi słowy sądzę, że przyczyna wygórowanéj pobudliwości nerwików nerwów i nerwobólu jest jedna i ta sama. Przypuszczać, że każdy nerwoból polega na zapaleniu nerwu lub jakiémś ognisku zapalném, znaczy, zdaniem mojém, tyle, co identyfikować nerwoból z zapaleniem nerwu i uważać lekkie przypadki zapalenia nerwu za nerwoból, ciężkie zaś za istotne zapalenie nerwu. Każdy bezstronny przyzna, że taki podział jest co najmniéj niewłaściwy, każdy bowiem przypadek zapalenia nerwu, bez względu na to czy lekki czy ciężki, winniśmy uważać za *neuritis*, a nie za nerwoból. Pomijając krytykę innych teoryj nerwobólu, wspomnę tylko, że zdanie Eulenburga ma jeszcze najwięcéj dowodów za sobą. Jak już wspomniałem, sądzi on, że bezpośrednią przyczyną neuralgicznego bólu jest jakaś zmiana molekularna w nerwach czuciowych. Zapatrywanie to poprzećby można także uwagą, że w przypadkach reumatycznego porażenia nerwu ruchowego, np. twarzowego, przypuszczać musimy również jakieś pierwotne zmiany molekularne w nerwach. Według tego wydaje się nam być rzeczą najprawdopodobniejszą, że wygórowana pobudliwość nerwików nerwów obwodowych polega również na tych samych zmianach molekularnych, które dają powód do powstania nerwobólu. Zważywszy zaś, że w przeważnéj liczbie przypadków skarżą się chorzy, dotknięci nerwobólem, na bóle umiejscowione głównie w pniu nerwowym, a nie w skórze (która nie jest zazwyczaj wcale bolesną nawet wśród silnego ucisku), ośmieliłbym się wywnioskować na podstawie powyżéj wyłuszczonych zasad fizyjologii, że wspomniane zmiany molekularne dotyczą przedewszystkiém nerwików nerwów obwodowych, a w mniejszym stopniu nerwów, wchodzących w skład pnia nerwowego, i że tylko w tych przypadkach, w których chorzy skarżą się na bóle rozpromieniające się w skórze, odbywają się rzeczone zmiany molekularne także w nerwach, wchodzących w skład pni nerwowych.

W końcu niech mi wolno będzie złożyć wyrazy gorącéj podzięki czcigodnemu profesorowi Drowi Browiczowi za chętną radę i pomoc oraz materyjał, udzielony mi do doświadczeń.

II. Jak skuteczniéj leczyć dur brzuszny, antipyrezą czy jodkiem potasu?

Napisał i podał
Dr. Henryk Jeleński.

„Przeciw prawdzie rozum nic“.
Joachim Bielski, kronikarz.

Nim się zabiorę do właściwéj treści sprawy, to jest do repliki na wykład o leczeniu duru brzusznego w Przegl. Lek. Nr. 38 i d. 1885 r. umieszczony, należy mi oświadczyć szanow. Drowi Piskowi podziękowanie za poruszenie kwestyi leczenia duru brzusznego w zacném gronie kolegów lwowskich z uwagą, iż praca moja, w tym przedmiocie ogłoszona, skłoniła Go do owego wystąpienia. Zwrocono wprawdzie uwagę na moją pracę jeszcze gdzieindziéj. Prof. Bouchut podał naprzód w *Paris Medical* krótką notę, a w roczniku (*Compendium annuaire*, 1885, str. 22) swym dokładną o tém wzmiankę. Prof. Zuelzer w swéj pracy do Encyklop. Eulenburga również pracy méj milczeniem nie ominął (*Eulenburgs Real_ Encyklopädie*, 2gie wydanie, str. 61, *„Abdominaltyphus“*). Jodowa tedy metoda w leczeniu duru brzusznego może z horyzontu całkiem nie zniknie, skoro ze stron poważnych są wzmianki. Wykład jednakże lwowski, o którym tu mowa, gdzieniegdzie wyraźne okazuje usterki, punkty nie zawsze dokładne, nawet uwagi z prawdziwym stanem rzeczy wcale niezgodne, zechce więc szanowny autor wykładu staremu praktykowi, o ścisłą prawdę dbającemu, śmiałość tę wybaczyć, jeśli w obronie doświadczonéj, w długoletniéj praktyce nabytéj prawdy, ośmiela się wystąpić *coram publico medico* z objaśnieniem spornych zdań i usprawiedliwieniem poglądu oraz sposobu leczenia duru brzusznego jodkiem potasu z jawném pominięciem wszelkiéj antipyrezy. Już Hildebrandt, przez szan. autora wykładu wzmiankowany, przestrzegał przed jednostronnością w terapii stanu gorączkowego, co

wszakże zupełnie inne dawniéj miało znaczenie w systemie gorączek esencyjonalnych i inne téż stanowisko wówczas było terapii. Pytam się, czy obecnie jeszcze panująca terapija, na jeden jedynie objaw chorobowy głównie czychająca, to jest na wysoką ciepłotę gorączki, co Schönlein cieniem a nie chorobą samą, Binz zaś skorupą a nie jądrem choroby nazywa, usłuchała téj rozumnéj rady?

Idąc daléj w ślady wykładu spotykamy się z pierwszą historyczną wzmianką użycia jodku potasu w durze lubo wielce niedokładną w początku czwartego dziesiątka naszego stulecia. Mianowicie Dr. Sauer w Wiedniu w 1839—40 wystąpił z nową metodą leczenia duru jodem podczas nagminnego grasowania téj choroby w więzieniach i wśród biednéj warstwy mieszkańców, w chwili rozwijającego się w szkole tamtejszéj nihilizmu terapeutycznego i pozyskał wynik nader zadowalający, co téż publicznie ogłosiwszy, zjednał jéj zaraz zwolenników. Że zaś leczenie to jodowe nie znikło zaraz, jak szan. autor wykładu twierdzi, ani 40 lat na zmartwychwstanie nie czekało, pokaże się niżéj. Zajmowało się naprzód tym przedmiotem znane czasopismo *Schmidts Jahrbücher*, t. 28, 38 i 107 dość obszernie. Nieco późniéj w pierwszém zjawieniu się Tygod. lek. warsz. z 1847 ukazał się ciekawy artykuł Dra Grygowicza, lekarza wojskowego i zdrojowego w Busku w Polsce ważnéj treści zebranych spostrzeżeń od 1840 r. o leczeniu tyfusu jodem czyli jodkiem potasu z pożądanym skutkiem (Tygod. lek. warsz., 1847, str. 137). Niedługo doczekałem się sam sposobności zastosowania po raz pierwszy jodku potasu z wybornym skutkiem w desperackim i nader zaniedbanym przypadku duru brzusznego w 11ym dniu choroby (Tygod. lek. warsz., 1848, Nr. 9). Że tak skutecznego środka nie zaniechałem w praktyce, nie zdziwi nikogo, lecz zbieranie o nim dokładnych spostrzeżeń oraz notatek trudną dla mnie było rzeczą przy natłoku czynności i braku czasu do zajęcia się pracą literacką. Nieco późniéj zjawiła się we wspomnianym Tygod. lek. warsz. praca Dra Łowickiego, *Kali hydrojod.* w tyfusie, który używając tego środka za powiadomieniem i zachętą Dra Pelikana, wyraża się „i więcéj niż od pół roku daję go moim chorym i dobry skutek przeszedł moje oczekiwania“ (Tygod. lek. warsz., 1855, Nr. 30). Daléj zamieszkały w Połonnem na Wołyniu Dr. Kuczyński podał artykuł do Tyg. lek. warsz. o *Kali hydrojod.* w tyfusie z tą ciekawą uwagą, że o dzielnym skutku tego środka przekonał się dowodnie, albowiem w r. 1855—1856 od listopada do końca stycznia w czasie niemiłosiernéj epidemii tyfusu brzusznego na 300tu chorych, jakich miał w tych paru miesiącach, umarło mu tylko c z t e r e c h (Tyg. lek. warsz., 1857, Nr. 28). Niemal równocześnie z innych stron Europy wzmiankują też o jodku. Dr. Magonty ogłasza w Paryżu w 1859 swą nową metodę o jodku w tyfusie a nieco późniéj prof. Willebrand podał swoje dokładne spostrzeżenia o tym przedmiocie w *Virchows Archiv*, 1866. Nie wszystkie to zapewne notatki; nie pisząc bowiem historyi tego środka w durze nie starałem się o dowody; ale i to potrafi wystarczyć dla przekonania każdego czytelnika, że owe 40 lat zniknięcia jodku potasu w durze przez Dra Piska w chęci widocznie opozycyjnéj rzucone, są bezpodstawne. Także dziwnie w tém miejscu brzmi użyty wyraz „mody“; łatwo bowiem da się wykazać, że moda od wielu lat panuje w przeciwnym obozie. Wprawdzie od czasu poznania leku jodowego w durze nie opuściłem go całkiem, wyznaję jednak, że idąc nieraz chwilowo za wielką reklamą, próbowałem i modnych środków, jak się zwykło dziać w praktyce, ale zawsze wracałem do wypróbowanego jodku. Ostatecznie niezachwianéj nabrałem zachęty do użycia tego środka z pominięciem innych modnych dopiero po oświadczeniu się Liebermeistra jawnie *urbi et orbi* za swoistością leku jodowego w durze brzusznym, który w 1874 podał swoje spostrzeżenia zastósowania tego środka w przeszło 200 przypadkach. Skoro taki znawca sprawy durowéj i gorliwy promotor antypyrezy nawraca się *proprio motu* do jodku (*Ziemssen Handb. d. spec. Pathol.*, t. 2, t. I, str. 206), mnie od tak dawna w durze znanego, to to utwierdziło mnie w przekonaniu, że nadal w praktyce należy jedynie tego tylko swoistego środka używać, a doświadczenie ostatnich czasów przekonało mnie do reszty o trafności wyboru. Otwarcie więc wyznaję, że oświadczenie Liebermeistra o swoistości jodku potasu zachęciło mnie do wytrwałości w jodowéj terapii w durze brzusznym. Zresztą, patrząc naokoło na panujące metody leczenia w ogóle, jako na nihilistyczne, ekspektatywne, symptomatyczne, to jest tymczasowo przeciwgorączkowe, zwłaszcza w chorobach zakaźnych, nie widziałem nic zachęcającego i przekonywającego. Lekarz praktyk pracuje pod hasłem *„facta loquuntur“*, kto zaś chcę szukać prawdy w doświadczeniu, jak w obecnym realistycznym czasie wypada, przekona się z łatwością, że jodek potasu w terapii durowéj posiada niezaprzeczoną wartość leczniczą. Zastanawia więc niepomału, że szan. autor wykładu, będąc czynnym przy szpitalu wielkiego miasta, nie obrał innéj drogi dochodzenia prawdy przed ogłoszeniem wyroku potępiającego metody jodowéj, jak tylko wyszukania luźnych cytat, choćby nawet bardzo uczonych; a przecież należało było pamiętać zdanie Cycerona: *„opinionum commenta delet dies“*, duch zaś dedukcyjny cudzych myśli nam praktykom nie wystarczy. Co nakoniec ma znaczyć w wykładzie lwowskim obszerny opis różnych metod i sposobu zastosowania antypyretyków, *cui bono?* wszak chyba każdy pierwszoletni klinicysta o tém wszystkiém wie z pewnością; —lecz o to mniejsza.

Teraz po podaniu tych wstępnych uwag przystępuję do poruszenia głównéj i rdzennéj kwestyi celem udowodnienia, gdzie prawda: jodek potasu czy antypyreza leczy dur brzuszny? Co do téj kwestyi należy wysłuchać zdań naszych znakomitości klinicznych i to wysoko poważanych. I tak prof. Nothnagel mówiąc w wied. Tow. lek. o antypyrezie w gorączce i durze brzusznym, odezwał się przeciw nadużyciu, jakie obecnie zapanowało w naszéj praktyce, to jest przeciw ogólnemu leczeniu gorączki *à tout prix* (własne słowa). Głównie narzeka na błędne zastósowanie chininu, przepowiadając prawie ze wzgardą rychły jego tutaj upadek. Twierdzi daléj, że ma to przekonanie, do którego „wielu innych badaczy się przyłącza“, iż gorączkę w znacznéj ilości przypadków liczyć wypada do akcyj najdobrotliwszych i do tych objawów reakcyjnych, które uważać należy za prostujące zboczenia przyrody. To zakrawa coś na *more antiquo* (Przyp. autora). Ciekawszém twierdzenie tego autora, że zniżenie ciepłoty ani na jeden dzień nie skraca przebiegu choroby, dodając, wiemy, że są choroby durowe, które prawie bez gorączki przy nieprzewidzianéj okazyi kończą się śmiercią. Znamy mnóstwo nader ważnych objawów w gorączce wcale od wysokiéj ciepłoty niezależnych. Kończy wreszcie swój rozbiór, że w ogóle trzeba twierdzić, iż ciepłota nie przekraczająca 40°C. chorego nie zabija (*Wien. med. Presse*, 1884, Nr. 46. str. 1474). Prof. Ebstein pisze: „W durze brzusznym dzieje się, że pomimo trwającéj wysokiéj ciepłoty nie zagraża ztąd główne niebezpieczeństwo. Widziałem mówi,

przypadki zakończone śmiercią, które wcale nie ulegały wyższéj ciepłocie, niż inne które wyzdrowiały; wielu nawet przeciwnie ozdrowiało przy trwaniu wyższéj ciepłoty przez czas dłuższy niż u pomarłych (*Ebstein Unterleibtyphus*, 1885, str. 19). Daléj twierdzi, iż powstaje teraz coraz większe przekonanie, że zniżenie ciepłoty do lepszego przebiegu duru zupełnie się nie przyczynia. Zaczęto nawet uważać gorączkę za mądre urządzenie przyrody; rzecz jawna, że bez antypyrezy pozyskać się dają dobre skutki w chorobie durowéj. Do tego daléj Unverricht w Wrocławiu wykazał błędy wszystkich metod ciepłotę zniżających (*Deut. med. Woch.*, 1885, Nr. 5), z czego rozwija się obecnie reakcyja wprost przeciw „*die sogenannte Antipyrese*", a przeciw hydroterapii głównie, usiłująca zastósowanie ograniczyć lub téż skasować (Ebstein, l. c., str. 39—40). Prof. Ewald podając treściwie swe zdanie o antipyrezie, zwłaszcza o nowych środkach przeciwgorączkowych, powiada, iż badając sposoby działania tych leków, można się przekonać, jako pod żadnym względem nie są one *antifebrilia* jeno *antithermica*. Trudno te środki zwać przeciwgorączkowemi, które jeden tylko symptom atakują i to wcale nie *sedem morbi* (co zwykle *morbi pathogenesis* się zowie, przyp. aut.), zkąd wynik jawny, że w s z y s t k i e te środki, mówi E., na właściwy proces gorączkowy żadnego nie wywierają wpływu, wyższa bowiem ciepłota po zaprzestaniu działania tych leków wraca bezpośrednio i podnosi się. Trafny jego przykład, przyrównywający skutek antypyrezy do rozgrzanego pieca obok otwartego okna, gdzie mimo chłodu przy oknie piec nie przestaje być rozgrzanym, niechaj łaskawy czytelnik w oryginale odczyta (*Berl. klin. Woch.*, 1885, Nr. 19, str. 307). Dujardin-Beaumetz pyta się, czy wysoka ciepłota naprawdę takie niebezpieczeństwo przedstawia, że ją koniecznie należy zniżać. Wszak, powiada, trzeba przyznać, że zniżenie ciepłoty jeszcze nie znaczy zwalczenia gorączki a nadewszystko nie głównéj przyczyny, gorączkę powodującéj. Utrzymywanie duru brzusznego stale na wysokości 38° ciepłoty, co teraz łatwo, nie jest *guerir cette fievre typhoide* i to jest prawdą. Albowiem przez zastosowanie tutaj antipyrezy czasu choroby ni na dzień, ba ni na godzinę nie potrafimy skrócić. Całe takie leczenie odnosi się tylko do jednego objawu choroby (*Bulletin de Therapeut.* t. 109, 1885, str. 309 i 311). Nieco daléj tamże przytacza Liebermeistra i jego szkołę, który usiłował z ciepłoty gorączkowéj wyprowadzać wnioski o zwyrodnieniu ważnych narządów w ustroju, jak wątroby, nerek, serca i mięśni; wtedy byłaby racyja zwalczania takiéj ciepłoty, ale na nieszczęście mówi: „*il n'y a rien de demontré a cet egard*" (l. c.). Prof. Senator w dość obszernym wykładzie w Ber. Tow. lek. rekapituluje rzecz o durze brzusznym co do swych dawnych poszukiwań z 1869—1872 r. pod względem podniesionéj ciepłoty w gorączce i twierdzi obecnie przeciw Liebermeistrowi niezmiennie, że gorączka z wysoką ciepłotą ani tych zmian w materyi ani zwyrodnień miąższowych nie sprawia. S. w swym szpitalu zawsze leczył chorobę całą ale nigdy jednego objawu (*Berl. klin. Woch.*, 1885, Nr. 44, str. 748). Dodaje tamże, iż jest w możności wykazać setki durowych przypadków pomyślnych, gdzie chorzy przez wiele dni miewali ciepłotę 39—40°, *ohne irgend wie einer antipyretischen Behandlung unterworfen zu werden* (l. c., str. 748)). Nadmienia nakoniec, że w razie grożącego choremu zapadu używa jak dawniejsi lekarze podniecających leków, jak *Castor.*, *Mosch.*, *Camph.* (l. c., str. 750). Słynny Cohnheim w swéj klasycznéj patologii ogólnéj tak określa znaczenie gorączki . Zanim znaczne osłabienie serca nastąpi, może, jak kilkakrotnie zaznaczałem, upłynąć wiele czasu; jeśli zaś ktoś umiera w pierwszych dniach gorączkowéj choroby, jak to bywa w bardzo ostrych zakażeniach, to za powód śmierci n i e n a l e ż y s t a n o w c z o uważać gorączkowéj ciepłoty ale raczéj daną chorobową zarazę, która zarazem gorączkę wywołała. (C. d. n.).

III. Oceny i sprawozdania.

Lewis S. P i l c h e r (New York): **O podwiązaniu tętnic jako sposobie profylaktycznym po nagłém, zupełném i trwałém zatkaniu głównych żył u nasady odnóg.**

Przy nagłém zupełném i trwałém zatkaniu głównych żył odnóg u nasad tychże (części dośrodkowych) przychodzi do znacznych utrudnień w krążeniu, P. zadał więc sobie w tych przypadkach 2 pytania: 1) czy krążenie oboczne jest w stanie przepuścić dostateczny strumień krwi, ażeby przeszkodzić trwałym zboczeniom w krążeniu i odżywieniu, 2) czy w razie takiego zatkania w ogóle środki profylaktyczne i jakie są w stanie zmniejszyć siłę i ilość dopływającéj krwi tętniczéj w odnodze. Wykluczyć tu należy powolne zamknięcie żył, gdyż w takich razach krążenie oboczne bywa już dostateczném do wyrównania przeszkód w krążeniu jak doświadczenie poucza.

Rozważając tę rzecz ze względów anatomicznych S a p p e y w swojéj anatomii podaje „że istnieje znaczna ilość kolateralnych połączeń pomiędzy wielkiemi pniami żylnemi szyi a nasadą górnéj odnogi; kanały znacznie otwarte i przepuszczające treść a że przy zranieniu żył u podstawy szyi chirurg może je podwiązać bez obawy przerwy w krążeniu". Twierdzenie to jednak S. opiera na ograniczonéj liczbie doświadczeń.

Co do odnóg dolnych to N i c a i s e twierdzi, że po podwiązaniu żyły udowéj u nasady odnogi krążenie powrotne jest zapewnione, jakkolwiek w mniejszym stopniu jak na odnodze górnéj. Z tém zgadzają się R i c h e t i V e r n e u i l, B r a u n e (Lipsk) zaś zaprzecza temu, w doświadczeniach bowiem nie udało mu się u młodych zdrowych osób przy parciu wynoszącém 20mm. Hg. przeprowadzić płyn z części obwodowych żył udowych do żył miednicy.

Nowsze doświadczenia B r a u n a (Heidelberg), w liczbie 40 rzecz tę lepiéj wyjaśniają. Przy wszystkich doświadczeniach podwiązano żyłę w wysokości więzadła Pouparta. W jednym przypadku płyn wstrzyknięty dostał się do żył miednicowych z wielką łatwością pod ciśnieniem 10mm.Hg. wykazując dostateczny rozwój dróg obocznych krążenia; w przypadku tym jednak oddawna istniejący obrzęk gruczołów chłonnych pachwinowych przyczynił się do tego rozwoju obocznych gałęzi. W 7 innych przypadkach wystarczało ciśnienie 10—20mm.Hg. do uskutecznienia tego, a *vena obturatoria* i *ischiadica* były najczęściéj kanałami pośredniczącemi, rzadziéj *v. sacralis media*, *circumflexa* i *vv. lumbales.* W 8 przypadkach potrzebowano do uskutecznienia tego ciśnienia od 50—70mm., w 8 od 70—120mm., w innych 8miu 120—150mm.; z pozostałych 8 przypadków w 2 potrzeba było ciśnienia 150—170mm, a w pozostałych 6 pomimo ciśnienia 200mm. nie można było przyprowadzić do skutku połączenia pomiędzy żyłą udową a żyłami miednicy; w niektórych przypadkach podniesiono ciśnienie do 300mm. W $1/_5$ więc przypadków ciśnienie nieprzewyższające prawidłowego ciśnienia krążenia włosowatego (20mm.Hg. według K r e i s a)

wystarczało do swobodnego powrotu krwi do żył tułowia. W tych więc przypadkach zatkanie żył udowych za życia nie byłoby było wywołało zaburzeń w krążeniu. W następnéj grupie $^1/_5$ przypadków, gdzie użyto podwójnie albo potrójnie większego parcia niż w stanie prawidłowym naturalne akcesoryja krążenia żylnego jak ciśnienie mięśni, aspiracyja, ciężar byłyby ułatwiły odpływ krwi za życia. W grupach 3 i 4, t. j. w $^2/_5$ całéj liczby, wywarte ciśnienie byłoby sprowadziło znaczne zaburzenia w krążeniu za życia. W ostatniéj grupie, $^1/_5$ całéj liczby, użyto siły do wywołania drożności przenoszącéj maximum ciśnienia prawidłowego u ludzi, t. j. 150mmHg., podczas gdy w większéj ilości wyższe jeszcze ciśnienie nie przeparło wcale płynu; w tych przypadkach zgorzel odnogi byłaby nieuniknioną.

Jako ilustracyje ze stanowiska klinicznego przytacza autor 2 przypadki ze swojéj praktyki, jeden zaś Dra W. Browninga z Brooklynu. W 1szym przypadku przy wyłuszczaniu gruczołów rakowo naciekłych dla nawrotu raka piersi usuniętego przed 3 laty, zraniono żyłę łopatkową przy wejściu do pachowéj następnie podwiązano żyłę pachową samą; chory wyzdrowiał i żył jeszcze $5^1/_2$ lat z trwałym jednak wzrastającym i bolesnym bardzo (przy zmianach powietrza) obrzękiem całéj odnogi do końca życia. Do tych znacznych zboczeń w krążeniu przyczyniło się głównie podwiązanie wszystkich prawie gałęzi obocznych. W 2gim przypadku przy wyłuszczeniu raka wielkości jaja u nasady szyi w dołku podobojczykowym prawym, dla nawrotu raka piersi wyłuszczonego przed 2 laty, zraniono żyłę jarzmową wewnętrzną i poprzeczną szyi a po uwolnieniu zewnętrznéj części guza podczas ciągnienia i tępego wyłuszczania go z łożyska nastąpił obfity krwotok ze szpar z żył: jarzmowéj wewnętrznéj i podobojczykowéj, które powyżéj i poniżéj miejsca zranienia podwiązano; również podwiązano żyły: jarzmową zewnętrzną, poprzeczną szyi i nadłopatkową; wytworzenie się krążenia obocznego było rzeczą prawie niemożliwą, a gdy odnoga zsiniała i obrzmiewać poczęła z powodu ciągłego forsownego napływu krwi tętniczéj, podwiązał autor natychmiast tętnicę pachową. Wygojenie nastąpiło prawie na całéj przestrzeni przez rychłozrost, na 2gi dzień po operacyi lekki obrzęk wystąpił na twarzy, po stronie podwiązania żyły szyjnéj wewnętrznéj nie było zsinienia i obrzęku palców odnogi operowanej, chora doznawała tylko uczucia przepełnienia żylnego; w 2gim tygodniu po operacyi wystąpił znaczny obrzęk przedramienia, który po 8 tygodniach po użyciu ucisku i miesienia ustąpił. Chora odzyskała siłę w odnodze i zajmuje się zatrudnieniem swém domowém, odnoga jest nieco niezgrabną, tętno sprychowe dotąd jest niewyczuwalne i rak nie powrócił.

W tym 2gim przypadku z pewnością byłoby przyszło do zgorzeliny odnogi, gdyby autor nie był podwiązał tętnicy pachowéj. (Dok. n.)

Wiadomości pomniejsze.

△ Prof. Wecker dokonał dotychczas 64 operacyj **naciągnięcia nerwu wzrokowego.** Operacyję tę zaproponowaną przez Nusbauma, stosować należy podług Weckera w wzmagającéj się *ataxia locomotrix*, w stopniowém słabnieniu wzroku, grożącém ślepotą. Operacyja w podobnych przypadkach jest jedyną i niezbędną, gdyż nie tylko nie pogarsza wzroku, lecz owszem wzmacnia go i niekiedy na razie powstrzymuje zupełną jego utratę. Takie polepszenie trwa 3 do 4 lat; bez operacyi natomiast chory traci wzrok w 2 lub 3 miesiące; korzyść zatem widoczna. Do operacyi przystępować należy, gdy w jedném oku pozostało tylko poczucie światła; w niektórych jednak przypadkach przy szybszym postępie sprawy chorobowéj operacyja może być przyspieszoną. Sama operacyja nie przedstawia trudności. Chore oko 5 minut przed operacyją znieczula się kokainem, następnie przemywa się roztworem 1:200, i rozszerza się powieki. Spojówka po wewnętrznéj stronie rogówki oddziela się następnie na 2 ctm. Haczykiem chwyta się ścięgno mięśnia prostego wewnętrznego, przewiązuje się takowe i oddziela od twardówki. Następnie odsłania się pochwę Tenona i dochodzi się do tylnego bieguna oka. Tu zaczyna się najdrażliwsza część operacyi. Zwróciwszy gałkę oczną na zewnątrz chwyta się nerw wzrokowy i ciągnie się ku przodowi przez $^1/_2$ do 1 minuty, poczém puszcza się nerw, przyszywa ścięgno i zakłada opatrunek antyseptyczny, który się zmienia co 24 lub 48 godzin. Szwy usuwa się po 4 dniach. Dla przykładu przytacza Wecker chorego, który przeszłego roku w listopadzie uskarżał się na osłabienie wzroku, trwające już od lat 4 w skutek widocznych objawów ataksyi. Badanie wykazało zwyrodnienie istoty szaréj nerwu wzrokowego, szczególnie w lewém oku, w którém było tylko poczucie światła; w prawém $V = ^1/_4$. Chory nie mógł chodzić bez przewodnika. Po operacyi wzrok wzmocnił się do $^1/_3$, a w lutym rb. polepszenie jeszcze było widoczne. (*Gaz. degli Ospit.* 28 kwietnia i 8 maja).

△ Goldschmith podaje przypadek **uleczenia cierpienia umysłowego za pomocą kastracyi.** Dziewczynę w kilka tygodni po płonicy ogarnął szał i drgawki z innemi oznakami wyraźnego pomieszania: stała się niewstrzemięźliwą, podstępną i bezwstydną. Ani kształcenie w zakładzie naukowym ani oddanie do domu obłąkanych nie przyniosły pożądanego skutku. Od 14 roku cierpienie przybiera charakter peryjodyczny zostający w ścisłym związku z upływami miesięcznemi. Napad zaczyna się od bólów głowy i dolegliwości w okolicy biodrowéj szczególnie strony prawéj. Chora zdradza gwałtowne zaniepokojenie połączone z pragnieniem rozkoszy zmysłowéj, przytém dają się zauważyć i inne objawy ze strony systemu nerwowego. Wyczerpawszy wszystkie środki G. zdecydował się na wycięcie jajników i w 15 miesięcy po operacyi ustąpiły wszystkie chorobliwe objawy. Czyszczenia miesięczne ustały; drobnowidowe zbadanie wykazało normalny stan jajników. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* 1886 1 maja).

Ω. **Menstruatio mascula** W. D. Hallbudson w Jackson-Ville podaje w „*Weeckly-Medical-Review*“ następujący przypadek: U 26-letniego mężczyzny pojawiła się istotna miesiączka. Objaw ten trwał u niego od 19 r. życia, rozpoczynał się od gwałtownych bólów w krzyżach i w dalszych częściach brzucha, trwających 1—2 dni, poczém z cewki wydzielała się ciecz śluzowo-ropna z licznemi smugami krwawemi. Stan ten trwał 4—5 dni. Mężczyzna ten ożenił się i ma dziecko, w usposobieniu jednak jego można zauważyć wiele kobiecego. (*Petersb. med. Wochenschrift*).

IV. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* **Cholera** W Tryjeście nie czyni cholera wprawdzie dalszych postępów ale szerzy się w okolicy. Także i w Catinara stwierdzono epidemiję wśród robotników zatrudnionych przy budowie kolei Herpolje-Triest. W San Giuseppe pod Rizmanie, gdzie choroba nader gwałtownie wystąpiła było znów kilka przypadków. Ludność stawiła tu opór zaprowadzeniu odpowiednich zarządzeń. Chorym nie chciano podawać leków. Jeden z mie-

szkańców dał kotu przepisany makowiec a zwierzę zdechło wśród objawów zatrucia, dało to powód do pogłoski, że lekarze trują chorych. Zaczęto oblegać dom, w którym znajdowała się komisyja lekarska i chciano wywrzeć zemstę na mordercach. Dr. Rigo dla przekonania mieszkańców, iż są w błędzie, musiał sam zażyć makowiec. Wszelkie jednak usiłowania ze strony lekarzy przekonania mieszkańców nie powiodły się i żandarmeryja musiała wziąść ich w opiekę Cholera szerzy się także w prowincyjach Ferara, Lecce i Bari.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 18—24 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 22·4. Z błonicy umarło 1 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku czerwonki i róży. W tygodniu od 11—17 lipca umarło z ospy: w Warszawie 2, w Wiedniu 1, w Budapeszcie 13, w Pradze 3, w Rzymie 12, w Zurychu 1, w Paryżu 3, w Petersburgu 6. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie 1, w Budapeszcie 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z cholery umarło w Tryjeście 19, w Wenecyi 6. Z duru brzusznego umarło: w Paryżu 11, w Petersburgu 15. Z odry umarło: w Pradze 14, w Paryżu 34, w Londynie 48, w Petersburgu 17. Z płonicy umarło: w Budapeszcie i Londynie po 10, w Berlinie 9. Z błonicy i dławca umarło: w Budapeszcie 17, w Berlinie 21, w Londynie 24, w Paryżu 21, w Petersburgu 11. Z krztuśca umarło: w Paryżu 16, w Londynie 30.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 11—17 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,3; we Lwowie 21,2; w Brodach 17,8; w Drohobyczu 55,0; w Kołomyi 50,9; w Przemyślu 18,9; w Stanisławowie 5,1; w Tarnopolu 31,3; w Tarnowie 36,7; w Czerniowcach 25,5; w Warszawie 29,8; w Poznaniu 33,5; w Opawie 47,5; w Ołomuńcu 33,3; w Pradze 35,2; w Wiedniu 22,5; w Salcburgu 17,6; w Gracu 25,1; w Tryjeście 50,6; w Insbruku 33,2; w Berlinie 32,3; we Wrocławiu 31,4; w Gdańsku 24,9; w Dreźnie 25,8; w Hamburgu 22,7; w Kolonii 27,4; w Lipsku 24,2; w Mnichowie 25,2; w Strasburgu 26,0; w Amsterdamie 20,3; w Bazylei 16,9; w Brukseli 29,5; w Budapeszcie 36,0; w Chrystyjanii 15,1; w Genewie 24,5; w Kopenhadze 20,9; w Londynie 21,1; w Odesie 42,3; w Paryżu 22,7, w Petersburgu 28,8; w Rzymie 25,0; w Stokholmie 24,4; w Wenecyi 26,8; w Zurychu 15,4.

J. B.

V. Wiadomości bieżące.

~~* Kraków d. 5 sierpnia~~. Ministerstwo oświaty potwierdziło uchwałę Wydziału lek., mianującą Dra Józefa Surzyckiego elewem kliniki lekarskiéj od 1 października 1885 do końca roku szkolnego 1886/7.

* Administracyja sanitarna w Konstantynopolu wysyła rodaka naszego i spółpracownika naszego pisma Dra Jabłonowskiego na zwiedzenie pod względem sanitarnym wybrzeża Morza Adryjatyckiego a zatém na pogranicze Dalmacyi, Czarnogóry i Albanii. Celem téj misyi jest czuwanie nad rozwojem cholery. Kolega nasz już kilkakrotnie spełniał szczęśliwie trudne misyje w razie epidemij a zawsze z pożytkiem nauki, życzymy mu i tym razem powodzenia.

* W Priedor, bogatém handlowém miasteczku, położoném przy kolei żelaznéj (w miejscu stacyja) w Bośnii jest do obsadzenia posada lekarza gminnego z roczną płacą 800 zła. z powodu jednak licznych komisyj sądowych i politycznych lekarz może liczyć na 2000 zła. dochodu. (Starosta i 2 sędziów są Polacy). Podania przyjmuje Starostwo. *(Bezirksamt in Priedor).*

W Cieplicach czeskich bawiło do d. 2 sierpnia 5422, w Szczawnicy do 31 lipca 2506 osób, w Gainfarn 1051, w Giesshüblu do 1 sierpnia 339.

* **Lwów.** D. 5 b. m. obchodzić tu będzie Dr. Karol Berthleff, były dyrektor szpitala powszechnego, 50-letni jubileusz otrzymania stopnia Dra medycyny i praktyki lekarskiéj.

Paryż. Zmarły Dr. Mêge zapisał Akademii 10,000 franków na nagrodę za dokończenie i uzupełnienie dzieła przez niego rozpoczętego: „O przyczynach tamujących postęp medycyny lub postępowi téjże nauki sprzyjających“.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Dyrektor zakładu dla obłąkanych w Dobrzanie Dr. Arnold Pick mianowany został zwyczajnym profesorem psychijatryi w Uniw. niemieckim. — **Graz.** Na opróżnioną posadę prof. kliniki chirurg. Wydział zaproponował na 1ém miejscu prof. Winiwartera obecnie w Leodyjum w Belgii, na 2ém zaś *ex aequo* proff. Wölflera w Wiedniu i Nicoladoniego w Insbruku. — **Monachium.** Asystent zakładu higijenicznego Dr. Lehmann habilitował się jako docent higijeny.

* **Mianowania.** Starszemi lekarzami rezerwowemi w galic. szpitalach lub oddziałach mianowani: zastępca lekarza asystenta rezerwowego Dr. Jan Węgrzyński oraz elewowie wojskowo-lekarscy I kl. w rezerwie Dr. Bronisław Nałęcz Skałkowski i Dr. Koloman Korodi, lekarzem asystentem rezerwowym elew wojskowo lekarski 1éj kl. w rezerwie Dr. Emil Drobner.

* **Odznaczenia.** Właściciel konc. zakładu krowiankowego w Wiedniu M. Hay otrzymał w uznaniu skutecznego działania na polu szczepienia złoty krzyż zasługi z koroną.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 31: Bagieńskiego: O rokowaniu w zapaleniu płuc włóknikowém; Listy z Berlina IV; Kotłubaj: O metodzie Pasteura; Neugebauer (syn): Kilka słów o położnictwie japońskiém. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 31: Fabiana: O kąpielach elektrycznych; Szadka: Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu (c. d.).

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

L. 576.

KONKURS.

Zwierzchność miejska w Kozłowie w powiecie brzeżańskim ogłasza konkurs na posadę lekarza miejskiego z roczną płacą 400 złr. i dodatkiem z oględzin bydła.

Kandydaci ubiegający się o tę posadę wniosą swe podania zaopatrzone dokumentami bezpośrednio do Zwierzchności gminnéj w Kozłowie najdaléj do 15 Sierpnia 1886.

Przedewszystkiem uwzględnieni będą Doktorowie medycyny.

Kozłów d. 28 Lipca 1886. *Wojciech Sokołowski*
naczelnik gminy.

KONKURS.

Na mocy uchwały Rady miejskiéj z dnia 18 lipca 1886 rozpisuje się konkurs na opróżnioną posadę lekarza miejskiego, w mieście powiatowém Żydaczowie. Roczna płaca 200 do 300 zła. w miarę jakie kandydat posiada studyja. Doktor medycyny otrzyma pierwszeństwo i wyższe wynagrodzenie. Podania wnieść należy do 14 Sierpnia 1886 na ręce Zwierzchności gminnéj.

Żydaczów 19 lipca 1886.

Burmistrz
Mokrzycki.

RONCEGNO

woda naturalna zawierająca arsen i żelazo z gór Tesobo w Tyrolu jest dzielnym środkiem w leczeniu chorób przewodu pokarmowego, blednicy, w cierpieniach nerwowych i chorobach skórnych.
Skład w Krakowie w Aptece **Konstantego Wiszniewskiego.**

Jaworze (Ernsdorf)

na Śląsku austryjackim

Zakład wodoleczniczy i klimatyczny. Żętyca. Mleko. Kefir. Mięsienie itd. **Lekarz zdrojowy Docent Dr. Smoleński.**

Pora zdrojowa od 1 Maja do końca Września.

Bliższych wiadomości udziela **Zarząd kąpielowy w Jaworzu pod Bielskiem.**

Do nabycia we wszystkich księgarniach:

Dra J. COHNHEIMA: Odczyty z patologii ogólnéj. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład z 2go wydania. 1884. 3 tomy. Rs. 5.

S. JACCOUD: Wykład patologii szczegółowéj. Przekład z siódmego wydania 1884. 3 tomy. Rs. 13.

BIRCH-HIRSCHFELD: Wykład anatomii patologicznéj Część ogólna. Przekład z 2go wydania. Ze 118 drzeworyt 1884. Rs. 2.

H. HAESER: Historyja medycyny. Tom drugi. Dzieje medycyny nowożytnéj. 1886. Str. 1062. Rs. 5.

W. SZOKALSKI: Początek i rozwój umysłowości w przyrodzie. 1885. Rs. 3.

T. H. HUXLEY: Wykład biologii praktycznéj. 1883. Rs. 1.

Sprawozdania z piśmiennictwa naukowego polskiego w dziedzinie nauk matemat. i przyrodn. Rok I. 1882. Rok II. 1883. Rok III. 1884. Po rs. 1.

K. FILIPOWICZ: Wiadomości początkowe z botaniki. 1884. Rs. 1.

J. D. EVERETT: Jednostki i stałe fizyczne. 1885. Rs. 1.20.

Pierwszy c. k. koncesyjonowany i przez Wys. Ministerstwo subwencyjonowany

ZAKŁAD KROWIANKOWY

pod kontrolą i nadzorem władz zdrowotnych

Wiedeń Alserstrasse 18.

Rozsełka codzienna świeżéj krowianki pod gwarancyją przyjęcia się.

HAY, lekarz.

Krowianka do szczepienia jednego dziecka wystarczająca 1 złr.

☞ Tylko szczepienie prawdziwą krowianką ochrania od naturalnéj ospy i wszelkich zaraźliwych chorób, które ze szczepieniem limfą z dzieci zbieraną, często się pojawiają.

NOWOŚĆ.

KATETERY METALOWE ASEPTYCZNE

z dzióbem zwyczajnym półkolistym lub zagiętym pojedynczo lub też podwójnie *(coudée et bicoudée a la Mercier)*

pomysłu Prof. Dra OBALIŃSKIEGO

i w tegoż świeżo wyszłém dziełku opisane na str. 158, jak również tamże polecone

ŚLEDNIKI (exploratory)

podług LEROY i GUYON

STRZYKAWKI DO WKRAPLANIA

(instillation)

nabyć można w zakładzie pod firmą

Alfred Biasion w Krakowie

Fabryka narzędzi chirurgicznych.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.